

## **POLÍTICAS Y SUJETOS DEL SIDA**

*en Brasil y Colombia*

**CÉSAR ERNESTO ABADÍA-BARRERO**

INVESTIGADOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL,  
HARVARD UNIVERSITY, DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES Y DEL ICANH  
[cesar\\_abadia@hms.harvard.edu](mailto:cesar_abadia@hms.harvard.edu)

### Resumen

**D**ASADO EN DATOS HISTÓRICOS Y DE INVESTIGACIONES ETNOGRÁFICAS, Y EN UNA SERIE de entrevistas a profundidad, este artículo analiza las respuestas exitosas de Brasil y muy deficientes de Colombia frente a la epidemia del sida, y propone vínculos entre estas respuestas, los sujetos que las han liderado y las reformas en salud en marcha en los dos países. Los datos sugieren que existe retroalimentación entre las políticas en salud, las respuestas frente al sida y lo que piensan los actores involucrados en los procesos, y que ésta se relaciona con el momento histórico de ideologías de izquierda en Brasil y de derecha en Colombia.

**PALABRAS CLAVE:** políticas de salud, sida, medicina social, privatización, Colombia, Brasil.

### Abstract

**B**ASED ON HISTORIC, ETHNOGRAPHIC, AND IN-DEPTH INTERVIEW RESEARCH DATA, this article analyzes the Brazilian and Colombian responses to the AIDS epidemic and proposes associations among these responses, the subjects who have designed and implemented them, and the countries' health care reforms. Data suggest that the health care policies, the AIDS responses, and the thoughts of the people involved in these processes are linked and that such linkage has a relationship with a historical moment of leftist ideologies in Brazil and rightist ideologies in Colombia.

**KEY WORDS:** Health policies, AIDS, social medicine, privatization, Colombia, Brazil.

## INTRODUCCIÓN\*

EL CONTEXTO GLOBAL Y LOS CONTEXTOS LOCALES DE LA EPIDEMIA DEL VIH/sida<sup>1</sup> están marcados por las inmensas y crecientes desigualdades sociales del cambio de siglo –riqueza y pobreza extremas dentro de cada país y entre los países–. Luego de apenas veinte años de haber sido descubierto por la ciencia, el sida

pasó de ser una enfermedad enigmática y fatal a una de las más conocidas, crónica<sup>2</sup> y controlable mediante tratamiento con medicinas sofisticadas: los antiretrovirales (ARV), única esperanza de aumentar la expectativa y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con él. No obstante, debido a tratados económicos internacionales, como el de protección de patentes y propiedad intelectual (TRIPS), las compañías farmacéuticas que los inventaron y producen los han colocado en el mercado a precios muy altos, limitando las posibilidades de los países y las personas pobres de acceder a ellos. Como resultado de estos nexos entre propiedades privadas y salud, los países en vías de desarrollo sufren 95% de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida, pero 99% de las personas que tienen acceso a los ARV se encuentran en los desarrollados (Velázquez, 2003). Se estima que de los cuarenta millones de personas infectadas por el VIH, 71% viven en África subsahariana, la región más pobre del mundo (Unaid, 2002).

\* El proyecto de investigación fue financiado por una beca de doctorado de Colciencias, una de posdoctorado (Dean's Scholars Award) de la Universidad de Harvard y por la Richard Carley Hunt Fellowship de la Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research. Agradezco a Diego Abadía y Francisco Ortega por sus comentarios de versiones preliminares del manuscrito, así como a los revisores de la *Revista Colombiana de Antropología*, quienes con sus valiosas sugerencias ayudaron a mejorar la versión final del artículo.

1. Se habla de la epidemia del VIH/sida, entendiendo que esta expresión incluye los casos de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los de quienes han desarrollado la enfermedad sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Sin embargo, en estudios en los que no se discute tal diferencia entre VIH y sida, sino que se refieren a las personas que viven con la infección o la enfermedad, se utiliza el término general, epidemia de sida o personas viviendo con sida, así como lo usan los organismos internacionales como la Onusida o algunos programas nacionales de sida. En general, utilizo el término epidemia del sida cuando se habla de sus características epidemiológicas, programas o políticas, y de personas viviendo con VIH/sida, cuando se rescata la experiencia de vida individual o colectiva. Cuando es pertinente, hago la diferenciación entre vivir con VIH o vivir con sida.

2. En medicina se diferencia entre enfermedades agudas o de corta duración y enfermedades crónicas o de curso largo. Bastos (1999) explica que las enfermedades crónicas –por ejemplo, las cardiovasculares y la diabetes– son los problemas de salud pública más importantes en sociedades industrializadas o en el mundo del “norte”, mientras que infecciones letales y agudas, generalmente asociadas a falta de desarrollo de infraestructura sanitaria y hospitalaria, son los problemas más

Es cierto que cualquier persona puede infectarse por el VIH y desarrollar sida, pero los entornos sociales y económicos de individuos y comunidades hacen que seamos más o menos vulnerables frente a la epidemia (Mann, Tarantola y Netter, 1992). Quienes viven en situación de pobreza y marginalidad social son más susceptibles de infectarse por el VIH y de recibir tratamientos inadecuados, o, inclusive, de no recibirlo y de morir sin ser diagnosticados (Farmer, 1992, 1999; Farmer, Connors y Simmons, 1996). Cabe señalar que el contexto que relaciona desigualdades sociales con la presencia y curso de la enfermedad se ve alterado por la manera en que cada país responde a los desafíos de la epidemia. Las respuestas de cada nación frente al sida son resultado de su tradición en salud pública (Chomsky, 2000; Scheper-Hughes, 1993), y se traducen en medidas efectivas que protegen o desamparan a la población frente a la enfermedad (Farmer y Castro, 2004).

Así, el contexto de globalización y salud del cual ésta hace parte tiene dos elementos principales. Primero, las desigualdades sociales hacen que los países más pobres o las personas que viven en situación de pobreza, en general, tengan menos recursos para enfrentar la epidemia, a pesar de ser los más afectados. Segundo, las medidas tomadas en cada país para enfrentarla generan diferencias en cómo se vive con sida, es decir, es diferente para una persona que vive con sida ser ciudadano de un país o de otro, así se sea igualmente pobre en los dos, ya que cada uno tiene redes y políticas en seguridad social diferentes. El siguiente ejemplo explica mejor este punto. La ley de protección de patentes hizo que los ARV fueran colocados a un precio muy alto en el mercado, pero algunos países, como Brasil, gracias a su poder de negociación y a su política de distribución gratuita de medicamentos, han conseguido disminuir significativamente su precio, garantizando atención de calidad a todas las personas que viven con VIH/sida. En otros, como Colombia, no existen tales políticas o poder de negociación, haciendo que los ARV continúen siendo muy costosos y que la calidad y posibilidad de tratamiento sea una variable que depende de la capacidad de pago de cada persona o de su poder de negociación con el sistema de salud. Este ensayo pretende contribuir a entender el por qué de esas

---

☞ angustiantes de salud pública de los países en vías de desarrollo o el mundo del "sur". El sida, al no hacer distinción entre sur y norte y afectar ambos mundos, haría un puente verdadero, subvirtiendo los dos paradigmas de la enfermedad mundial.

diferencias, usando como estudio de caso la situación de Brasil y Colombia.

Si bien sabemos que cada país tiene historias específicas de cómo ha evolucionado y cómo se ha respondido a la epidemia, poco conocemos por qué responden de una forma u otra, por qué algunos han desarrollado respuestas más efectivas que otros frente al sida o lo que piensan los diferentes actores sobre dichas respuestas. Esta relación entre el desarrollo de la epidemia y las respuestas específicas que se han dado debe entenderse como un proceso histórico que refleja las tradiciones en salud pública y las negociaciones de cada país con fuerzas multinacionales en salud, es decir, la forma como cada uno enfrenta sus desigualdades sociales a la luz de la corriente privatizadora de la salud, de la cual la protección de patentes y el precio excesivo de los ARV es un ejemplo. Mi argumento es que la manera como Brasil y Colombia están respondiendo a la epidemia del sida tiene relación no sólo con sus historias específicas en salud pública, sino también con la forma con la cual se sitúa cada uno en el contexto globalizador.

Brasil y Colombia presentan en sus historias diferencias y similitudes interesantes para este análisis comparativo. Los datos que se presentarán –recolectados a lo largo de ocho años (1997-2004)– provienen de una investigación histórica sobre los procesos de salud en los dos países, con informaciones basadas en estudios sobre indicadores en salud, sociales y económicos, y sobre la situación de la epidemia del sida. El análisis es fruto, también, de una investigación etnográfica en Brasil con datos recolectados entre 1999 y 2001; y está apoyado, además, en doce entrevistas semiestructuradas y a profundidad, seis en Brasil y seis en Colombia, hechas durante 2003 y 2004. El autor seleccionó a los entrevistados por su conocimiento sobre la epidemia y por su representatividad como personas importantes en los procesos en cada país. El formato de las entrevistas se diseñó con base en las conclusiones preliminares basadas en otras informaciones etnográficas e históricas. Con las entrevistas se buscó registrar reflexiones personales sobre el por qué de las realidades opuestas entre los países, indagando principalmente sobre las respuestas frente a la epidemia y las legislaciones. Las entrevistas fueron hechas por el autor en español y portugués –éstas traducidas por él– y transcritas por asistentes de investigación.

Se entrevistaron tres grupos de personas: 1) conocedores de las políticas públicas frente al sida: una directora de programas municipales de sida y un director de programa departamental en Brasil, y dos trabajadores de entidades públicas que trabajan con el sida en Colombia; 2) médicos internistas o infectólogos –dos en Brasil y dos en Colombia– que atienden personas que viven con sida y que han dirigido o dirigen centros de atención para pacientes; 3) activistas del movimiento social en sida, quienes debido a su participación en movilizaciones sociales han obtenido beneficios de la misma índole para los que viven con sida o quienes debido a su lucha han ganado batallas legales –dos en Brasil y dos en Colombia–. La mayoría de los entrevistados colombianos son menores de cuarenta años, con excepción de uno de los conocedores de políticas públicas de sida y la infectóloga. De éstos seis, dos son mujeres –una activista y la infectóloga– y cuatro pidieron mantener su nombre bajo confidencialidad, motivo por el cual no suministroo datos adicionales que puedan identificarlos. La mayoría de los entrevistados brasileños ya cumplió cuarenta años y cuenta con más experiencia y trayectoria en el trabajo con sida –principalmente los activistas–, a pesar de que tres brasileños y tres colombianos tienen una experiencia comparable, basada en el número de años que llevan trabajando en la infección. De los seis entrevistados brasileños, uno pidió que no se revelara su identidad.

Todos los datos se analizan bajo el marco de la antropología médica crítica (Singer y Baer, 1995) y con la intención de elaborar una teoría social que responda al vínculo que existe entre las respuestas políticas que los países dan a la epidemia del sida y la salud pública, los sujetos que han participado en estas respuestas y los procesos de globalización. Cabe resaltar, entonces, que cuando hablo de sujetos me refiero específicamente al grupo de entrevistados. Con esta salvedad, la intención del artículo no es generalizar sobre diferencias entre brasileños y colombianos, sino indagar sobre cómo los distintos contextos en los cuales unos y otros interactuamos se reflejan en las diferentes respuestas de los entrevistados y sugieren un vínculo entre contextos diversos y sujetos con ideologías distintas.

Por otro lado, al ser este un estudio comparativo entre dos países, existe la limitación de que las historias y los contextos son diferentes. Sin embargo, tal limitación ofrece una posibilidad de análisis interesante en la medida en que puede indagarse

sobre el por qué de las diferencias y similitudes entre los países comparados. La revisión extensa y detallada de la historia del sida en los dos países y de sus situaciones sociales, económicas y políticas escapa los alcances de este artículo. No obstante, algunos datos pueden facilitar el análisis comparativo y resaltar que a pesar de las similitudes entre Brasil y Colombia en varios indicadores sociales y económicos, los dos presentan respuestas opuestas al problema.

Brasil, con ciento setenta y dos millones de habitantes, es más rico que Colombia –cuarenta y dos millones– si comparamos el producto nacional bruto (PNB) *per capita*: 6.370 dólares en Colombia y 7.770 en Brasil; a pesar de haber sido la octava economía mundial, en 2003 la economía brasileña ya había caído a la posición quince (UNDP (United Nations Development Programme), 2004). Sin embargo, según las Naciones Unidas, en 2002 ambos países mostraban un nivel muy similar de desarrollo humano, que ubica a Brasil en la posición setenta y dos y a Colombia en la setenta y tres, entre ciento setenta y siete países (UNDP, 2004). Los dos son los que exhiben más desigualdad en América latina y en el mundo entre los países considerados como de desarrollo intermedio, según el índice de distribución de ingreso (Gini). En 2002, el 10% más rico en Brasil recibió 46,7% de los ingresos, mientras que el 10% más pobre recibió sólo 0,5%; en Colombia los datos fueron 46,5% y 0,8%, respectivamente (UNDP, 2004). Si aceptamos que la línea de pobreza se mide con ingresos menores a dos dólares diarios, en Brasil 46,5% es pobre (OPS, 2001), comparado con 63,3% de los colombianos (López Montaña, 2003).

La democracia brasileña es joven, después de una dictadura de más de veinte años (1964-1985), mientras que la dictadura colombiana más reciente duró sólo cuatro años (1953-1957). Los problemas principales en Brasil están ligados a la precaria situación económica y social de gran parte de su población, es decir que es un país rico con gente muy pobre. Tales diferencias marcadas de clase han generado un tipo de violencia urbana que se da principalmente en los barrios pobres de la ciudad (*favelas*), ligada al tráfico de drogas que se concentra en ellas y a la proximidad creciente de sus pobladores con las zonas más ricas de las ciudades (Caldeira, 2000). En los veinte años de dictadura fueron asesinados doscientos cuarenta civiles y otros ciento cuarenta desaparecidos, números que contrastan con la forma

como las policías, civil y militar, controlan el crimen urbano en la actualidad. En la ciudad de San Pablo, la policía asesinó entre dos mil quinientos y tres mil civiles entre 1997 y 2000 (Husain, 2003), lo que cuestiona la manera en que el gobierno ejerce “control social”.

En Colombia, a diferencia de Brasil, se encuentran grupos guerrilleros y paramilitares que actúan principalmente en las zonas rurales, ocupando territorios y causando números alarmantes de muertos y desplazados. Ambos grupos ilegales tienen ingresos importantes producto del tráfico de drogas para el mercado externo, aunque brotes de tráfico de drogas y violencia urbana son cada vez más frecuentes. Una característica muy importante de la violencia para el análisis de las políticas de sida y salud pública es la violencia política contra grupos de izquierda por más de cien años (Leech, 2002). El número de asesinatos políticos que ocurrieron en Brasil durante su dictadura (doscientos cuarenta) contrasta con los más de cuatro mil quinientos asesinatos políticos que ocurrieron en Colombia en 2002 y los más de tres mil de 2003 (Amnesty International, 2004; Human Rights Watch, 2003). Si bien los procesos electorales en Colombia han sido estables, la eliminación violenta de grupos políticos de oposición cuestiona la validez de su democracia.

Brasil y Colombia reformaron sus constituciones en 1988 y 1991, respectivamente, y sentaron las bases legales para cambiar sus sistemas de salud, lo cual favoreció o dificultó la capacidad de cada país para responder a la epidemia del sida y para enfrentar los procesos globalizadores. Colombia, siendo un país con menos recursos, ha aumentado sus inversiones en salud y le destina cerca de 10% de su producto interno bruto (PIB) desde 1997 (OPS, 2002b). Brasil, con más recursos, sólo destina 3,3% de su PIB para salud (OPS, 2001). A pesar de este aumento en Colombia y de la baja inversión en Brasil, los indicadores de salud colombianos han empeorado, mientras que los brasileños han mejorado.

Hasta finales de la década de 1980, Colombia seguía los movimientos sanitaristas –o de medicina social y comunitaria– de América latina, trabajando muy de cerca con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y favoreciendo sistemas nacionales y locales de salud con la extensión de las redes públicas (OPS, 2002b). En ese momento, pese a los varios problemas de calidad en los servicios prestados por las redes públicas,



Colombia mostraba uno de los mejores índices en salud pública en Latinoamérica (OPS, 2002b), y Brasil unos muy deficitarios, que reflejaban la ausencia de políticas en salud pública. El inicio de los años 1990 marca el cambio en los dos países. Brasil, en gran medida debido al nuevo espíritu de practicar procesos democráticos después de su dictadura, comienza a implementar el *sistema único de saúde* (SUS), fortaleciendo las redes públicas y los servicios gratuitos y mejorando de forma progresiva y significativa los indicadores de salud de antes y después de la reforma. Por ejemplo, la cobertura de población con cuidados básicos aumentó de 73% en 1987 a 98% en 1999, y la vacunación de infantes menores de un año de 53% en 1987 a 99% en 1999 (OPS, 2001).

En 1993, en Colombia se aprobó la ley 100, que reestructuró el sistema de salud e implantó lo que ahora se denomina el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y constituyó un sistema de mercados regulados de seguros en salud y atención gerencial, en el cual el estado favorece y financia la privatización de la salud (Ahumada, 2002; Hernández Álvarez, 2002; Torres, 2003), tal como ha ocurrido en la mayoría de los países de América latina (Almeida, 2002; Iriart, Merhy y Waitzkin, 2001; Navarro, 2004; Stocker, Waitzkin e Iriart, 1999).

A partir de la reforma, en Colombia ha disminuido el número de personas que tiene acceso a los servicios de salud (Ahumada, 2002; Torres, 2003), ha aumentado la morbilidad y mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA), así como la mortalidad materna y las enfermedades infecciosas relacionadas con inmunoprevención. Las medidas de salubridad básica prácticamente cesaron, y se registra con preocupación la presencia de enfermedades que se pensaban erradicadas y el cierre continuo de hospitales públicos (Hernández Álvarez, 2002; OPS, 2002a, 2002b; Torres, 2003). En vacunación, de índices muy buenos en la época de la reforma –polio 94%, DPT 92% y BCG 100% en 1995– se pasó a índices preocupantes –69%, 67% y 69%, respectivamente, en 1999– (Torres, 2003).

En cuanto a las respuestas frente al sida, los resultados reflejan también avances en salud pública en Brasil y retrocesos en Colombia. Brasil se ha convertido en ejemplo mundial debido a los éxitos de su programa nacional de enfermedades de transmisión sexual y sida, previniendo miles de nuevas infecciones y brindando tratamiento adecuado, universal y gratuito a todos los que lo necesiten. Por el contrario, Colombia carece



de un programa nacional de sida así como de datos epidemiológicos fiables, presenta deficiencias muy graves en sus programas preventivos y asistenciales y muestra aumento preocupante de la epidemia.

## EL SIDA EN BRASIL

### El éxito brasileño, o la salud como derecho universal y gratuito a cargo del estado: *sistema único de saúde*

BRASIL ES UN PAÍS MUY DESIGUAL Y LA SALUD SIGUE ESTOS PARÁMETROS (Cohn y Elias, 1999). A pesar de estas desigualdades, que se reflejan en las respuestas en salud, y de contar con aproximadamente 600 mil personas infectadas por el VIH, se ha convertido en ejemplo mundial debido a la forma como ha enfrentado la epidemia (Parker, Galvão y Bessa, 1999). Se estima que previno aproximadamente 600 mil infecciones entre 1995 y 2000 (Reardon, 2002) y que ha logrado estabilizar la tasa de infección en el nivel de 0,7%, contrariando las estimativas del avance de la epidemia en el país hechas a mediados de la década de 1990 (Piot y Coll Seck, 2001; Unaid, 2002). Además de la efectividad de las medidas preventivas, al final de 2003 cerca de 135 mil brasileños recibían tratamiento con ARV, que les permite mejorar su estado de salud y convertirse en ciudadanos más sanos, que a pesar de vivir con el virus pueden permanecer activos económicamente; los gastos sociales disminuyen en la medida en que las familias no se desintegran debido a enfermedad o muerte; la necesidad de subsidiar ciudadanos con discapacidades disminuye; y hay un menor número de huérfanos. Por ejemplo, la mortalidad relacionada con el sida en Brasil se ha reducido 50% desde 1996 debido a la disponibilidad de tratamiento adecuado (Ministry of Health of Brazil, 2002).

Además de estos beneficios sociales, el Ministerio de Salud brasileño estima que el país ahorró aproximadamente \$1 billón de dólares entre 1997 y 2001 al prevenir 358 mil admisiones hospitalarias, ya que personas que reciben ARV se enferman menos y necesitan cuidados médicos menos costosos (Ministry of Health

of Brazil, 2002)<sup>3</sup>. Brasil también ha disminuido significativamente el precio de los costosos ARV mediante la producción local de versiones genéricas de estos medicamentos y la negociación de rebajas significativas en el precio de compra con las compañías farmacéuticas multinacionales que tienen la patente de los medicamentos más nuevos (Ministry of Health of Brazil, 2001, 2002; Reardon, 2002).

3 Desde 1996, año en que los antiretrovirales empezaron a suministrarse a las personas con sida en Brasil, la necesidad de admisiones hospitalarias por pacientes con sida en la red pública de salud ha disminuido 80%, la de tratamiento por infecciones oportunistas entre 60 y 80%, y los cuidados médicos hospitalarios, que son más costosos, han sido remplazados en gran medida por tratamientos más simples y económicos como los ambulatorios (Ministry of Health of Brazil, 2002).

Dependiendo del régimen específico de antiretrovirales que recibe el paciente, en el periodo 1996-2001 el precio se redujo entre 48 y 84%, produciendo más ahorros para el país (Ministry of Health of Brazil, 2001).

La primera pregunta de la serie de entrevistas a profundidad consistía en entender a qué se debía este éxito brasileño, específicamente para el caso del sida, considerando el contexto mayor de desigualdades sociales del país. Dos de los entrevistados respondieron así:

Uno de los pilares es el sistema de salud brasileño, el SUS, sistema público fruto de la constitución de 1988, de todos los movimientos de redemocratización de Brasil. Fueron varios movimientos diferentes que hicieron la reforma sanitaria y que de alguna manera traían al funcionario brasileño la noción de estado social de derecho y que acabó incluyéndose en la constitución como 'salud es un derecho de todos y un deber del estado'. Entonces, el estado se ve obligado a brindar y garantizar la salud, y la ley lo responsabiliza de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mediante un sistema financiado por lo público, por los impuestos. El otro pilar son los movimientos sociales, que también venían de ese proceso de la democratización. Brasil traía una actitud política (director de programa departamental).

Al acceso universal a la salud, no estamos hablando del sida exclusivamente, estamos hablando de salud en general, tanto de prevención como de asistencia. Es una cosa muy importante, el acceso universal y gratuito (activista).

De estas entrevistas y de los otros datos históricos y etnográficos se desprende que el éxito brasileño en relación con el sida se relaciona directamente con los principios de su programa —que siguen los preceptos constitucionales y las leyes en salud—

las cuales garantizan a los brasileños que viven con sida el acceso universal y gratuito a todos los servicios clínicos que necesitan en las redes públicas del país (Ministry of Health of Brazil, 2002). Tales principios, aun cuando parezcan lógicos desde la perspectiva de la salud pública y de los derechos humanos, fueron muy criticados por el Banco Mundial, organismo que consideró que las terapias para el sida, como las del cáncer y otras enfermedades, eran muy costosas para los presupuestos de los ministerios de salud de los países en vías de desarrollo y que, por tanto, no deberían ser ofrecidas a toda la población sino sólo a quienes pudiesen pagar por ellas (The World Bank, 1993). Uno de los infectólogos entrevistados expuso este punto.

Se partió del presupuesto de que las acciones de prevención y de cuidado asistencial deberían estar interconectadas. A pesar de que en un momento algunos gestores internacionales partían de la idea de que países en vías de desarrollo, o con menor capacidad instalada, deberían priorizar las acciones de prevención debido a la escasez de recursos, dejando, de esta forma, las actividades asistenciales y de cuidados a los países industrializados con más recursos para invertir. Esto se dio, creo yo, debido a que la comunidad de salud colectiva en Brasil ya tenía cierto grado de experiencia en mostrar que la prevención tiene que estar conectada a la asistencia (infectólogo).

Brasil le apostó a su tradición en salud colectiva y libró una batalla casi solitaria para demostrar que era posible respetar los derechos de los ciudadanos en salud; los resultados tuvieron gran impacto en el ámbito del tratamiento y en el de la prevención.

### Problemas existentes: desigualdades sociales y calidad en la atención

LOS ENTREVISTADOS BRASILEÑOS, SIN EMBARGO, NO CONSIDERAN QUE su modelo y su programa sean ideales o perfectos. Por el contrario, insisten en que aún se presentan muchos problemas y retos que deben enfrentar. Resaltaron, principalmente, las desigualdades que se presentan en la calidad de la atención en salud según región geográfica y nivel de ingresos.

Mirando más microscópicamente al Brasil, ¿por qué hay algunos lugares que funcionan mejor que otros? En este sentido, creo que también hay factores estructurales. En un departamento pequeño del noroeste se nos comentaba que la situación allí es muy difícil todavía, ya que sólo hay una unidad para distribuir medicamentos en todo el departamento, o sea que pacientes que no viven en la capital deben viajar a veces hasta 200 kilómetros o más para ir al centro de distribución de los medicamentos, y en esos casos, muy seguramente se compromete la adhesión. Incluso aquí, en San Pablo, vemos que cada centro principal tiene particularidades (infectólogo).

A pesar de estas deficiencias persistentes, los entrevistados reconocen también que gracias a la respuesta brasileña la relación médico-paciente se ha transformado en una relación de amistad y compromiso mayor, que se refleja en la calidad de vida del paciente. En efecto, Brasil ha mostrado que la buena relación médico-paciente es uno de los factores principales que facilita la adhesión de éste a su tratamiento (Teixeira, Paiva y Shimma, 2000).

Los brasileños reconocen que tales relaciones amistosas médico-paciente no se dan todas las veces ni en las mismas condiciones. Un activista dice que falta humanizar la atención médica en todos los niveles sociales, y el director de un programa departamental expone de la siguiente forma las desigualdades en la atención:

Yo creo que eso de la relación médico-paciente en Brasil, en el servicio público, todavía es cuestión de clase. O sea, aún se tiene una forma diferente de clase, de raza, de género, quiero decir desigualdades; dificultades que debilitan o aumentan la asimetría de poder entre el médico y el paciente. Usted puede tener un médico blanco de clase media/alta atendiendo a una mujer negra y pobre. Allí se encuentran los tres niveles de asimetría: de clase, de género y de raza, en donde se ejerce el poder de modo diferente (director de programa departamental).

Otros datos etnográficos y otras entrevistas corroboraron que aún existen desigualdades y fallas en el tratamiento a las personas, focos de mala atención y la necesidad constante de mejorar todos los programas de prevención y tratamiento, lo cual se reconoce y debate en varios niveles. Como lo expresó la directora del programa municipal, “sólo vamos a poder hablar de éxito cuando no se reporte ningún caso nuevo de sida”. En las

diferentes respuestas así como en las publicaciones académicas y documentos oficiales se observa sentido crítico y autocrítico, que permite a los brasileños discernir los puntos positivos y rescatables de su historia –como los principios de universalidad y gratuidad del SUS– y señalar las falencias aún presentes en sus respuestas frente al sida –como las desigualdades persistentes frente a la calidad de la atención y frente a otros grupos poblacionales– lo cual indica que las respuestas se retroalimentan constantemente mediante la mirada crítica y la investigación, y que hay nuevas respuestas y correctivos frente a los desafíos de la epidemia y la salud.

La construcción de las respuestas brasileñas frente al sida está enmarcada por la participación constante de varios sectores sociales: el estado por medio de los programas; los médicos mediante los comités científicos y de profesionales; y las organizaciones no gubernamentales y las personas que viven con sida por conducto de sus asociaciones, cada uno con funciones específicas pero articulados en lo que podría llamarse el movimiento social brasileño del sida (Abadía-Barrero, 2003). Este sentido participativo y crítico sigue la tradición de los movimientos de medicina social de América latina (Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001a, 2001b), que buscan ofrecer cuidados integrales, universales y gratuitos a toda la población y que, por tanto, resisten las presiones del mercado para privatizar la salud.

## EL SIDA EN COLOMBIA

### El fracaso colombiano: la ley 100 o la salud como servicio público de consumo individual

La gente cree que se va a morir de sida, lo cual es normal en Colombia porque uno ve la gente morirse de sida. En Boston estuve viendo pacientes cuatro años y se me murieron tres. Y cuando llegué a Bucaramanga en el primer mes llevaba siete muertos, algo escandaloso para mí pero normal para la gente en Bucaramanga (infectólogo).

Los problemas que presenta Colombia en sus medidas preventivas y terapéuticas son muy graves, y el relato de este infectólogo no es compatible con un país que, según organismos nacionales

e internacionales, ha aumentado su inversión en salud y ofrece tratamiento antiretroviral universal a las personas que viven con VIH/sida. A pesar de que la epidemia se considera aún en etapa concentrada, como la brasileña, con una prevalencia de 0,7%, en algunos estudios centinelas ya se encuentran prevalencias mayores a 1% en grupos específicos. Los datos epidemiológicos, según el mismo infectólogo entrevistado, “son de pobrísima calidad” ya que, como dice un conocedor de políticas públicas “con el cambio en la ley se perdió la información”. Onusida estimó que a finales de 2002 Colombia tenía alrededor de 140 mil infectados por el virus (Unaid y WHO, 2002); sin embargo, el Ministerio de la Protección Social estimaba, a fines del mismo año, que tal número era entre 170 mil y 200 mil (*Evaluación del plan estratégico nacional ante el VIH/sida años 2000-2003 (Informe preliminar)*, 2003). Pero algunos temen que debido a la subnotificación y a las dificultades diagnósticas y operativas para reportar los casos, el número real sea de alrededor de 500 mil personas.

Una evaluación del plan estratégico nacional (PEN) ante el VIH/sida 2000-2003 rescata la importancia del aporte externo para facilitar procesos de diagnóstico situacional, respuesta y formulación del PEN y para el desarrollo de programas específicos preventivos, como el programa para la reducción de la transmisión madre-hijo a cargo de Onusida. Dicha evaluación, sin embargo, muestra que la mayoría de las políticas y programas del país frente a la epidemia arrojan resultados pobres y preocupantes; el bajísimo nivel de gasto en sida –0,44% del gasto total en salud– refleja la poca prioridad que el estado le ha dado a la epidemia (*Evaluación del plan estratégico nacional ante el VIH/sida años 2000-2003 (Informe preliminar)*, 2003).

Según el mismo informe, el equipo que lideraba el PEN se debilitó, no existe programa nacional de sida ni un órgano nacional que promueva la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil, ni un órgano que ayude a la coordinación de las organizaciones de la sociedad civil. Los entrevistados anotaron también la falta de inversión y prioridad estatal como uno de los principales problemas para enfrentar la epidemia. Según la activista entrevistada

El ministro (Diego Palacios, ministro de la Protección Social) estaba en un evento (en noviembre de 2003) y eso le preguntaron también.

Él dijo que en ese momento la prioridad no era el VIH, que había otras prioridades. Por ejemplo, que el gobierno va a invertir más en el Ministerio de Defensa, sí, por la guerra, la guerrilla y todo esto. Entonces que ahora esto es prioritario antes que el VIH/sida. Que como él sabe que esto es un virus muy lento, entonces no es prioritario (activista).

Además de que el estado no ha dado prioridad al problema del sida, en las respuestas de los entrevistados comienzan a aparecer las relaciones entre la falta de respuestas frente a la epidemia y la situación del país. Un conocedor de políticas públicas piensa que la crisis de la epidemia del sida en Colombia es resultado:

Del contexto macrosocial y es que estamos aturdidos de guerra, porque la guerra es lo que abre el hueco fiscal. Bueno y la corrupción, mejor dicho, entre guerra y corrupción como que en el país no hay campo para otras prioridades (conocedor de políticas públicas).

El otro conocedor de políticas públicas entrevistado señala que la respuesta precaria al sida en Colombia se debe, aparte del estigma aún persistente, a las limitaciones del sistema de mercado de seguros que implantó la ley 100 de 1993 –que debilita la capacidad de respuesta del estado frente a los problemas de salud pública– después de la cual la salud dejó de ser un derecho para convertirse en un servicio público manejado por medio de seguros privados en salud.

De hecho, si te das cuenta, nuestro sistema creo que es uno de los pocos del mundo que no tiene un Ministerio de Salud sólido [debido a su fusión en 2002 con el Ministerio de Trabajo en lo que se denomina Ministerio de la Protección Social]. Entonces, un ministerio debilitado, estratégicamente debilitado, y un sistema de seguridad social manejado por particulares, o sea, solamente dirigido por el estado, pues no permite que se desarrolle ningún programa de salud pública a cabalidad, excepto que se convierta en una meta de estado, en una meta de gobierno (conocedor de políticas públicas).

A pesar de que los problemas planteados son alarmantes y que, inclusive, uno de los asesores de la ley 100 concuerda con este entrevistado en que se abandonó la salud pública con este modelo (Jaramillo, 1999), la médica internista entrevistada manifestó su



desacuerdo con el planteamiento de que la situación en Colombia es crítica:

No estoy de acuerdo con usted, Colombia ha tratado de hacerlo y como todas las cosas que se implantan hay problemas; yo me imagino que en el Brasil pasó lo mismo. Colombia fue uno de los primeros países que hizo una ley para proteger a los pacientes con VIH/sida. En el Brasil tampoco es que tengan la protección de todo el país.

En resumen, los entrevistados señalan causas estructurales para la crisis de las respuestas frente al sida en Colombia, como la guerra, la corrupción, la falta de prioridad estatal y los problemas al implantar la ley 100, que debilitó la capacidad de respuestas en salud pública. Por otro lado, se observa la posición de la médica internista entrevistada, que considera que la asistencia en Colombia está bien, ya que, de acuerdo con su experiencia, existen guías de manejo clínico, se brinda atención integral de buena calidad y se siguen parámetros internacionales.

### **Dificultades y problemas: impacto de los mercados en la salud**

**E**L INFORME DEL PEN Y LOS ENTREVISTADOS COMENTAN SOBRE LOS PROBLEMAS que se presentan en el suministro irregular de ARV, que llevan a la interrupción del tratamiento en la población pobre no asegurada o beneficiarios de regímenes especiales –vinculados–, en la población pobre que recibe subsidio –régimen subsidiado– y en los que pagan por sus planes de salud –régimen contributivo–. Estos problemas ocurren junto a la baja inversión en diagnóstico y seguimiento por parte de los encargados de administrar y prestar los servicios en salud, ocasionando costos adicionales en hospitalizaciones, deterioro en la calidad de vida de las personas y muertes innecesarias.

Las entidades que prestan los servicios –las entidades promotoras de salud (EPS), que atienden a quienes contribuyen mediante aportes, y las administradoras del régimen subsidiado (ARS), que atienden a quienes se les subsidia la salud– manipulan las leyes para evitar prestar el servicio. Según un conocedor de políticas públicas, esto se debe a que, bajo el nuevo modelo,

las diferentes entidades que administran los recursos y las que prestan los servicios, se “lavan las manos” para no incurrir en gastos y obtener mayor lucro. Se sabe que modelos de este tipo –de seguros privados– convierten a las entidades de salud en empresas con una visión de mercado y con ánimo de lucro, las cuales se basan en análisis económicos de costo-beneficio para limitar la prestación de los servicios, reducen el tiempo de consulta para disminuir el número de médicos contratados y prefieren a la población sana que cotiza pero no demanda gastos, excluyendo a los que necesitan servicios –selección adversa– (Laurell y López Arellano, 1996; Weiss, 1997). La activista relata cómo tales fenómenos están ocurriendo en Colombia:

[El servicio] ha ido desmejorando bastante. En este momento, por ejemplo, en el sitio que nos atienden, los médicos no tiene contratos o son por dos meses. Entonces, bueno se acabó el contrato, ¿y ellos qué? Obviamente que los médicos trabajan porque lo necesitan, cierto, entonces la mayoría ha renunciado. Y toca cambiar de médico y yo digo que no debería ser. Para los médicos es muy difícil porque ellos están limitados en cuanto a formular medicamentos, en cuanto al tiempo también, porque antes tenían cuarenta y cinco minutos, ahora es media hora para ver al paciente, en psicología antes era media hora, ahora son quince minutos (activista).

Las denuncias de esta activista concuerdan con las conclusiones preocupantes de la Asociación Colombiana de Infectología sobre la situación del sida en Colombia (ACIN, 2002). Entre otros, el informe comenta: 70% de los pacientes no son manejados por especialistas o grupos integrales de manejo; los médicos no reciben capacitación ni tienen estabilidad laboral; existen problemas para obtener los exámenes de laboratorio necesarios y con la periodicidad requerida para brindar manejo adecuado a los pacientes; hay dificultades de acceso a los servicios y para asegurarse, afectando la cobertura o porque los asegurados no cumplen con el periodo mínimo de cotización –periodo de carencia–; de los diecisiete medicamentos antiretrovirales existentes en el mundo, sólo ocho están incluidos en el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud (POS), que no se actualiza permanentemente. Un infectólogo comenta que, además de esto:

No hay gente que se haya entrenado en VIH/sida, entonces no hay quien pueda investigar porque no existe entrenamiento al respecto y no hay mucha gente que conozca de la enfermedad realmente. Lo que tenemos es muchísimos tratantes, porque es un buen negocio. Existen guías nacionales que son terribles, en este sentido, guías hechas por gente que no tiene mucha experiencia, que no ha generado el conocimiento (infectólogo).

Los entrevistados señalan varios problemas en la atención, debidos a la ausencia de personas con la capacitación adecuada para atender a los pacientes con VIH/sida y a la concepción de “buen negocio”, ligada a lo que los señalan como “corrupción”, que se da no sólo en relación con el sida, sino con la salud en general, y que ocasiona la pérdida de confianza en el estado y sus acciones. Dicha corrupción, según los entrevistados y datos históricos, se da en los contratos con las empresas encargadas de administrar la salud o de prestar los servicios y, también, por medio de la acción de compañías farmacéuticas que financian médicos y activistas, restringiendo la libertad de las prácticas clínicas de los médicos para que formulen sólo determinados medicamentos de marca comercial, y manipulando el discurso de los activistas para obstaculizar la entrada o producción de medicamentos genéricos en el país.

## MEDICINA SOCIAL EN BRASIL FRENTE A MERCADO PRIVADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

A PESAR DE LAS DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA FRENTE AL SIDA EN BRASIL Colombia, los países muestran procesos paralelos y casi sincrónicos de reorganización legislativa nacional y en salud. Como se mencionó, Brasil reformó su constitución en 1988 y Colombia en 1991, y ambas dejaron planteados los principios bajo los cuales se entendía la salud, implantados mediante leyes subsecuentes, en Brasil en 1990 y en Colombia en 1993. Sin embargo, los dos planteamientos son opuestos. Como lo señalaron todos los entrevistados, el artículo 196 de la constitución brasileña dice: “la salud es un derecho de todos y un deber del estado”. La constitución colombiana evitó mencionar específicamente la salud y la palabra derecho, consignando que la

seguridad social es “un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el estado”. La OPS señala cómo “un mes antes de terminar la asamblea [nacional constituyente], la palabra *derecho* fue modificada por el término *servicio público*” (OPS, 2002a), y un entrevistado recuerda que un derecho no es lo mismo que un servicio público.

A partir de la ley 100, las funciones del estado son, únicamente, *coordinar, dirigir, evaluar y controlar*. Las leyes colombianas impiden al estado prestar directamente los servicios de salud o ampliar las redes públicas existentes. Esta dinámica del papel del estado, que corresponde a políticas de austeridad en el gasto público mediante la reducción de servicios directos y la contratación de terceros para dichas actividades, quedó posteriormente establecida en la ley 715 de 2001. Según estos lineamientos, la nueva función del ministerio colombiano es “introducir una participación mayor del sector privado tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, limitando los beneficios de los paquetes a ser subsidiados” (Bossert et al., 1998). Así, el estado evita la atención gratuita en todas las instituciones de atención médica (OPS, 2002a).

Brasil, por el contrario, determinó que la salud es derecho de todos y deber del estado, entendiendo deber como la prestación directa de servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. El proceso de reforma de la salud, cuyo producto es el SUS, de cobertura universal y gratuita en las redes públicas, estuvo caracterizado por la amplia participación social y, principalmente, por la trayectoria de varios movimientos que lucharon por la democracia en Brasil, incluyendo el movimiento sanitarista, tal como lo expresaron los entrevistados. Tal movimiento sigue la tradición e historia de los movimientos en salud social y colectiva de América latina (Waitzkin et al., 2001a, 2001b) los cuales, a su vez, mantienen los principios de los movimientos sociales latinoamericanos: identidad, democracia y estrategia (Abadía-Barrero, 2003; Escobar y Álvarez, 1992; Escobar, Álvarez y Dagnino, 2001).

Colombia, por el contrario, se alejó de estos principios de salud social y colectiva, e incluso de la OPS (OPS, 2002a), y dejó de participar en eventos destinados a solucionar problemas de salud y sida en América latina (Castro et al., 2003). En Colombia se están desmantelando las redes de salud pública y se está favoreciendo y financiando un sistema de mercados en salud

en el que la salud de ser derecho universal a cargo del estado pasó a ser servicio público obligatorio de consumo y responsabilidad individual (Ahumada, 2002; Hernández Álvarez, 2002; OPS, 2002a). Como reconoce uno de los asesores de la ley<sup>4</sup> “la nueva constitución no mencionó el concepto de asistencia pública” (Jaramillo, 1999: 221) y sí estableció la obligatoriedad de los ciudadanos de afiliarse al sistema. Al igual que otros servicios públicos,

4. Cabe anotar las diferencias entre los asesores y directores de los programas en Brasil y Colombia. Mientras en Brasil directores y asesores han sido profesionales de la salud o las ciencias sociales y humanas venidos de la tradición de medicina social y de los movimientos que lucharon por la democratización del país, en Colombia, la salud, desde la ley 100, ha estado en manos de planeadores económicos con poca tradición en medicina social. Pégo y Almeida (2002) muestran cómo la reforma de salud en Brasil sigue la tradición del movimiento en medicina social en ese país, mientras que la reforma de salud en México ha sido ideada por un grupo de médicos que favorecen a los mercados privados en salud sobre las estructuras de salud pública. Tal grupo surgió como una vertiente ligada a los poderes económicos y políticos de derecha, oponiéndose a la fuerza importante de los movimientos de medicina social mexicanos. Es interesante anotar que la figura mexicana de esta reforma, Julio Frenk, fue influencia decisiva en la reforma colombiana, debido a su colaboración con Juan Luis Londoño.

5. Un asesor de la ley lo resume de la siguiente forma: “En la mitad de la batalla... y ante la agresividad de las discusiones, el gobierno optó por congelar el debate y presentar ante el senado, en septiembre de 1992, un proyecto de reforma del sistema pensional sin salud –radicado como proyecto 135–, que no fue bien recibido por los parlamentarios, los cuales reaccionaron exigiendo una propuesta de reforma integral de la seguridad social como condición para discutir el tema pensional... Con el fin de responder a las presiones, entre octubre y noviembre de 1992 se elaboró, bajo la supervisión del ministro de Salud, Gustavo de Roux y de Juan Luis Londoño, subdirector del DNP, un proyecto de reforma de la seguridad social en salud preparado por un equipo técnico” del cual ya no hacían parte los sindicatos o los proponentes de una visión socialista en salud (Jaramillo, 1999: 42)

los seguros en salud tienen subsidios limitados a ciertas poblaciones, y su calidad depende de la capacidad de pago de la persona. Sin embargo, además de pagar por el servicio, en Colombia la responsabilidad de la buena salud recae sobre la persona: “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” (ACIN, 2002: 21). A pesar de que en el proceso de reforma de la seguridad social se contó inicialmente con la participación de sectores con visiones de izquierda que hacían contrapeso a la privatización de la salud impulsada por los sectores neoliberales, al final de las discusiones fueron excluidos y no participaron en el producto final<sup>5</sup>.

La transición colombiana del sistema nacional de salud al de atención gerenciada (*managed care*) sigue presiones de aseguradoras internacionales que tienen interés de extender los mercados en salud y pensiones al contexto latinoamericano, una vez el mercado interno de Estados Unidos se saturó (Stocker et al., 1999). Según la OPS, la idea de la atención gerenciada en Colombia es:

incorporar todas las instituciones privadas o públicas que atendieran a los pobres al sistema nacional mediante la transformación del mecanismo de financiamiento llamado ‘subsidio a la oferta’ –sostenimiento de centros y hospitales con recursos públicos–, a lo que se denominó ‘subsidio a la demanda’ de los pobres. Si la atención médica podía entenderse como un bien privado, también podría diseñarse una forma de pago de los servicios de salud consumidos por los pobres que no afectara el cumplimiento de las metas de ajuste fiscal, manteniendo el nivel del gasto público para cubrir estos servicios o, mejor aún, rebajándolo. En esta medida, las reformas contribuirían al cumplimiento de las metas de ajuste fiscal y de pago de la deuda planteadas años atrás (OPS, 2002a: 324).

En medio de estas reformas en salud en Brasil –medicina social– y Colombia –neoliberal– se respondía a la epidemia del sida, y es más fácil entender ahora las diferencias en la respuesta. Es decir, las respuestas frente a la epidemia del sida y la forma como los países han enfrentado los desafíos planteados por la epidemia tienen relación directa con la trayectoria de modificación del sistema de salud y de cómo se enfrentaron, desde la salud, las presiones de organismos internacionales para impulsar un sistema de seguridad individual y privado con participación de compañías de seguros multinacionales que tomaran el mercado de salud de cada país y disminuyeran el gasto estatal, para cumplir con las metas de ajuste fiscal y de pago de la deuda externa.

## POLÍTICAS Y SUJETOS

LOS DATOS DE LAS ENTREVISTAS, RELACIONADOS CON LOS PROCESOS HISTÓRICOS en cada país, y los de investigación etnográfica, muestran una relación interesante entre las políticas públicas, los planes gubernamentales y lo que piensan los sujetos entrevistados. En esta última sección se recupera el pensamiento de los entrevistados cuando se les pide que comparen las respuestas brasileñas y colombianas, y que opinen acerca de cómo la epidemia del sida y las leyes están marcando el futuro en cada país.

En Brasil, todos los entrevistados consideran que los principios del SUS –derechos humanos, universalidad y gratuidad– son los que han permitido responder eficazmente a la epidemia. La pregunta de si una propuesta basada en los mercados, como la colombiana, en vez de la salud pública a cargo del

estado, como la brasileña, podría funcionar, ocasiona respuestas que marcan las diferencias ideológicas entre los dos modelos. Un activista brasileño plantea:

Yo creo que en Brasil la experiencia del SUS es fundamental. El SUS es el mejor plan de salud que tenemos y consideramos eso porque es administrado por el gobierno. No creo que los planes particulares, por más competencia de mercado que haya, garanticen el tratamiento real de toda la población en cuanto a la epidemia del sida. Ni las otras cuestiones básicas de salud pública van a ser tomadas por esos seguros privados. Entonces, si en realidad los gobiernos no invierten en un sistema que proporcione igualdad, acceso para todos, no creo que se pueda dejar una cuestión emergente a los seguros privados (activista brasileño).

A pesar de los problemas complejos de salud y desarrollo humano asociados a la pobreza extrema y las inmensas desigualdades sociales en Brasil, las respuestas sociales frente al sida –del gobierno, la sociedad civil y otros grupos sociales como los académicos– han conseguido disminuir esas diferencias y rescatar oportunidades de vida y futuro para las personas que viven con VIH/sida (Abadía-Barrero, 2002, 2004). Por tanto, según el coordinador del programa departamental, el reto es integrar el modelo del sida a otros programas sociales y de salud, ya que el sida muestra un camino de cómo mejorar los múltiples problemas del país.

Si usted mira en los últimos diez años y analiza de la siguiente forma: el hambre en el mundo aumentó, pero en Brasil no aumentó; el sida en Brasil de alguna manera mejoró. Cuando usted mira los grandes indicadores brasileños, todos empeoraron, el desempleo aumentó, la pobreza en ese sentido de alguna forma aumentó, pero tiene algunas políticas sociales focales que por su organización tienen un impacto de compensar mínimamente ese desastre estructural mayor. Y yo creo que la política del sida es una de esas. No se puede esperar para que se resuelvan los problemas del mundo, la política del sida es una de esas cosas que se está construyendo en Brasil y señala otro mundo. Creo que si se tiene a Brasil como referencia, entonces se puede promover ciudadanía, derechos, tolerancia, respeto a la diferencia, alianzas con la sociedad civil, una cantidad de conceptos interesantes, humanizadores y emancipadores. Ahora, si se mira a Brasil como un todo, aún tiene muchas cosas para mejorar en esa política de promover ciudadanía, pero tienen límites que están por fuera del programa del sida y de la salud (director de programa departamental brasileño).



Los brasileños entrevistados reconocen que, a pesar de los innumerables problemas existentes, sociales y en salud, la respuesta al sida debe considerarse como competente y que pueden hacerse muchas cosas para mejorar las condiciones de vida de la población.

Los colombianos entrevistados, por el contrario, ven la competencia de mercados, favorecida por los seguros de salud privados, como positiva. En cuanto a la calidad de la atención, la activista colombiana comenta:

Las EPS privadas están prestando un mejor servicio que las públicas. Yo creo que el sistema ley 100 puede ser bueno, pero no todos lo conocemos. Y también, por ejemplo, le damos mal manejo al sistema, porque personas que están en el Sisbén [a quienes se les subsidia la salud] son personas que pueden hacer un aporte al contributivo, cierto, le están quitando la posibilidad a otra persona que está como vinculada. También somos las personas que no somos honestas (activista colombiana)

En cuanto a la transición que vivieron los hospitales de empresas estatales públicas y sin ánimo de lucro a entidades lucrativas –llamadas ahora empresas sociales del estado, ESE–, la internista entrevistada cree que el cambio fue positivo:

Yo lo que veo es que la ley 100 amplió la cobertura pero no la cantidad de sitios que pueden recibir esa cobertura. Tenemos exactamente los mismos hospitales. Bueno, ahora están abriendo un par más, pero prácticamente tenemos los mismos, con la misma planta y personal y ya con un pensamiento más económico, sí, empresarial. Ya son instituciones que buscan dar salud pero que tienen que dar económicamente, pues eso es entendible, porque lo que no da económicamente se acaba. Yo pienso que esa ley 100 bien practicada puede ser una solución, poco a poco hemos ido aprendiendo y yo poco a poco estoy viendo que las ARS ya le ponen menos problemas a los pacientes (internista colombiana).

Además de los errores de sus comentarios, ya que la cobertura no aumentó sino que ha disminuido y se han cerrado varios hospitales, ella apoya la visión de la salud como una empresa con ánimo de lucro. El activista entrevistado, a pesar de criticar los periodos de carencia, por los cuales una persona no tiene derecho al tratamiento de ciertas enfermedades consideradas de

“alto costo” sin un periodo de cotización previo, se contradice al justificar este recorte de las garantías ciudadanas en salud:

La legislación también va a entender que las instituciones tienen que tener periodos de carencia porque eso implica que tienen que tenerlos para ser viable. Y eso tiene que ser así. Y te lo digo porque si no, lo otro sería un descalabro económico para las instituciones que prestan el servicio. Claro que se deberían tener prioridades frente a la salud del individuo (activista colombiano).

Un conocedor de políticas públicas, si bien critica el desmantelamiento de la estructura burocrática de los programas en salud pública, plantea también que la lógica actual obliga a pensar en respuestas limitadas con poca participación de funcionarios del Estado.

...ahí viene el otro problema y es el hueco fiscal, la reducción del estado y los contratistas. El esquema es neoliberal y se basa en un criterio de competitividad, de que sobrevive el que más productos genere en menor tiempo y al menor costo. Yo estoy de acuerdo con que de pronto no se necesitan las once personas que había antes, de pronto sí, pero digamos tengo que tener en cuenta las realidades, porque sería volver al esquema anterior [en donde había] no solamente once personas para sida, sino cinco para tuberculosis, tres para lepra y no se qué y se vuelve a llenar el ministerio de una cantidad de funcionarios que el estado no tiene como pagar. Yo soy consciente de eso. Se acabara la guerra o estuviéramos en otro esquema de pronto se pudiera repensar eso, como funciona en Brasil o como funciona en países en paz. Pero tampoco puedo ponerme absolutamente en contra de esa realidad. Lo que tengo que ser es imaginativo para ver cómo funcionan las cosas dentro de esa realidad (colombiano conocedor de políticas públicas).

Las contradicciones expuestas por los entrevistados –culpar a los usuarios, apreciar la salud con enfoque lucrativo, justificar recortes de las garantías en salud o aceptar propuestas de trabajo con un número insuficiente de funcionarios– reflejan cómo los sujetos incorporan y validan las contradicciones inherentes al modelo de mercados regulados en salud, implantados por la ley 100. Se sabe que políticas de ajuste estructural recortan garantías y servicios y han aumentado las desigualdades sociales y en salud, no sólo en Colombia sino en la mayoría de los países que han adoptado tales medidas (Kim, Millen, Irwin y Gershman, 2000; Tavares, 1999).

Se percibe que mientras en Brasil se enfatiza sobre la importancia de la infraestructura pública y gratuita, en Colombia se favorece la participación de las redes privadas con ánimo de lucro. La justificación de la reforma colombiana se basó en una satanización de las redes públicas antes, durante y después de la reforma. El asesor de la reforma colombiana, Iván Jaramillo (1999) anota: "En general, las EPS públicas han sido el lunar negro de la reforma". Y el ex ministro Londoño (2002), la figura más importante para la adecuación de las políticas neoliberales en el área social en Colombia, dice: "no hay que dudar tanto. La verdad no está en la ideología ni en los extremos. Lo público está secuestrado por la corrupción, por la politiquería y por los pequeños intereses". Sin embargo, estudios demuestran que tal argumento –bastante común en América latina y según el cual confiar la salud a entidades privadas es deseable debido a que son más eficientes y generan más satisfacción entre los usuarios que las entidades públicas– carece de evidencia, está sesgado por mediciones técnicas de la economía que excluyen la tradición en salud pública y medicina social, convierte la salud en un bien de consumo privado y de responsabilidad individual, desconoce los contextos sociales y las necesidades de salud de las poblaciones menos favorecidas, aumenta las desigualdades existentes y es útil a un discurso político compartido por elites de países ricos y pobres con el fin de justificar la privatización de los sistemas nacionales de salud y abrir la puerta de los fondos nacionales de la seguridad social a compañías multinacionales de seguros (Almeida, 2002; Iriart et al., 2001; Navarro, 2004; Rylho-Bauer y Farmer, 2002; Stocker et al., 1999).

A pesar de que tal ideología privatizadora transforma la salud de derecho de todos en bien de consumo que depende de la capacidad individual de compra, se percibe que un conocedor de políticas, los dos médicos y los dos activistas colombianos entrevistados la favorecen y rechazan la posibilidad de instaurar un sistema público, universal y gratuito ya que, según ellos, sería un retroceso. Es decir, el discurso privatizador se incorporó en la visión de los entrevistados y se convirtió en ideología hegemónica. Sólo uno considera que el modelo de mercados a la salud pública no es viable. Se necesita, en su concepto, una solución contingente basada en redes de presión social, e, idealmente:

Un sistema de salud pública fuerte, que haya recursos, que si quiere puede tener su porción privada, lo puede hacer. Porque igual, el sector público no puede atender toda la demanda y con regulación de la atención en salud es posible que funcione óptimamente. Pero para eso se necesita casi una revolución, por llamarlo de alguna forma... si se logra entender que la salud es un derecho y no un servicio posiblemente vamos a dar un paso fundamental y que se retome la idea de volver a un sistema nacional de salud con participación del sector privado como funciona en algunas partes (conocedor de políticas públicas colombiano).

El análisis de las leyes, los datos sobre los procesos de reforma en la salud y las entrevistas en los dos países muestran la retroalimentación constante entre políticas, prácticas y sujetos. En Brasil, frente a políticas en salud basadas en derechos humanos, las prácticas intentan cumplirlos y se observan sujetos que luchan por fortalecer estos principios y satisfacer nuevas necesidades. En Colombia, frente a políticas en salud basadas en los mercados y frente a los fracasos en salud pública se observan sujetos que, a pesar de críticos, se esfuerzan por encontrar razones que expliquen los problemas –la violencia, el desconocimiento de la ley, la corrupción, la falta de control, el mal uso de los servicios por parte de los usuarios–, aceptando la ideología de los mercados como válida y exponiendo en el discurso las contradicciones inherentes a las desigualdades impuestas por el mercado.

La participación social en Brasil ha sido fundamental para mantener los principios del programa de sida y del SUS. En Colombia, parece que el movimiento de medicina social hubiese muerto o que, como lo dijeron algunos entrevistados, no hubiese masa crítica o movimiento social organizado para proponer alternativas al modelo de la ley 100. Entonces, ¿qué pasó con el movimiento de medicina social en Colombia que debería haber hecho contrapeso a la propuesta de esa ley? Cabe señalar que en Colombia la aparente ausencia de masa crítica o del movimiento de salud social latinoamericano debe tener relación directa con la violencia política contra personas con posiciones de izquierda. Tal violencia política abarca no sólo las últimas décadas, sino épocas de represión política desde inicios del siglo veinte, pasando por el periodo conocido como la Violencia y extendiéndose hasta nuestros días (Campos Zorrosa, 2003; Leech, 2002).

Un hecho notable en esta historia de asesinatos políticos en Colombia son las torturas a más de dos mil miembros y el asesinato de más de tres mil militantes del partido político de izquierda Union Patriótica, incluyendo dos candidatos presidenciales, ocho senadores, setenta concejales y diputados regionales y más de quince alcaldes, desde su formación en 1985, que continúa hasta el presente con el asesinato de sus sobrevivientes, lo cual constituye un genocidio político con demanda ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Campos Zornosa, 2003).

Además, reina la impunidad y las denuncias continuas por los nexos entre el gobierno y grupos paramilitares en estos casos de violencia política, que se ha extendido a los sectores de oposición, denuncia o protección de los derechos humanos (Amnesty International, 2004; Human Rights Watch, 2003). Se estima que en 2002 fueron asesinados 4.524 colombianos por motivos políticos y 1.995 más recibieron amenazas –incluyendo el asesinato o desaparición de diecisiete defensores de los derechos humanos y 184 sindicalistas de los 251 registrados por la Organización Mundial del Trabajo–; y en 2003 fueron asesinados tres mil civiles por razones políticas y al menos seiscientos más fueron desaparecidos (Amnesty International, 2004; Federación Internacional de los Derechos Humanos, 2003). Varios profesores, médicos y activistas del movimiento de medicina social en Colombia también han sido asesinados (Waitzkin et al., 2001a, 2001b). En este contexto, los espacios democráticos son muy limitados, la movilización social y las expresiones de oposición son extinguidas por asesinato directo o atemorización.

Este análisis muestra cómo la salud pública, reflejada en el tipo de respuestas, políticas, programas y los planteamientos de sus actores, sugiere una cultura de lo político y lo social en cada país. Especialistas sobre Latinoamérica ven en Brasil y Colombia procesos opuestos con un cambio hacia la izquierda en Brasil y una crisis de derecha en Colombia (NACLA, 2003). Las mismas posiciones distantes se ven reflejadas en la “cultura” de la salud pública, ya que no sólo el SUS brasileño fue impulsado por las coaliciones de izquierda y defendido por el presidente Luiz Inácio, Lula, da Silva (2003-) y la ley 100 fue presentada por el entonces senador Álvaro Uribe, ahora presidente de Colombia (2002-), sino que las entrevistas reflejan cómo tales visiones de izquierda en Brasil y de derecha en Colombia son parte de las creencias y actitudes de los sujetos frente a la

salud. Es decir, estas corrientes históricas de izquierda y de derecha no sólo se reflejan en las leyes en sida y salud pública, sino en los pensamientos de los brasileños y colombianos que las formularon y las están implementando.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABADÍA-BARRERO, C. E. 2002. "Growing up in a world with AIDS: Social advantages of having AIDS in Brazil". *AIDS Care*. 14 (3).
- . 2003. *The cultural politics of the Brazilian AIDS social movement: A local and global revolution*. Ponencia presentada en LASA (Latin American Students Association), Dallas, Texas.
- . 2004. "Happy children with AIDS: The paradox of a healthy national program in an unequal and exclusionary Brazil". En A. Castro y M. Singer (eds.). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Altamira Press. Walnut Creek.
- ACIN. 2002. *Consenso VIH/sida Colombia*. Bogotá.
- AHUMADA, C. 2002. "La globalización y su impacto sobre la salud". En Saúl Franco Agudelo (ed.). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- ALMEIDA, C. 2002. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cadernos de Saúde Publica*. 18 (4).
- AMNESTY INTERNATIONAL. 2004. *Amnesty International Colombia*. Retrieved, from the World Wide Web: <http://web.amnesty.org/web/web.nsf/print/2004-col-summary-eng>
- BASTOS, C. 1999. *Global responses to AIDS: Science in emergency*. Indiana University Press. Bloomington.
- BOSSERT, T., HSIAO, W., BARRERA, M., ALARCÓN, L., LEO, M., Y CASARES, C. 1998. "Transformation of ministries of health in the era of health reform: The case of Colombia". *Health Policy and Planning*. 13 (1).
- CALDEIRA, T. P. R. 2000. *City of walls. Crime, segregation, and citizenship in São Paulo*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, Londres.
- CAMPOS ZORNOSA, Y. 2003. *Memoria de los silenciados: el baile rojo: relatos*. Ceicos. Bogotá.
- CASTRO, A., FARMER, P., KIM, J. Y., LEVCOVITZ, E., LÓPEZ-ACUÑA, D., MUKHERJEE, J. S., SCHROEDER, P., Y YEN, E. 2003. *Scaling up health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America*

*and the Caribbean. Special edition of the health sector reform initiative in Latin America and the Caribbean.* Pan American Health Organization. Washington.

CHOMSKY, A. 2000. "The threat of a good example": Health and revolution in Cuba". En J. Y. Kim, J. V. Millen, A. Irwin y J. Gershman (eds.). *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor.* Common Courage Press. Monroe (Maine).

COHN, A., y ELIAS, P. E. 1999. *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços* (tercera edición). Cortez, CEDEC. São Paulo.

ESCOBAR, A., y ÁLVAREZ, S. 1992. "Introduction: Theory and protest in Latin America today". En A. Escobar y S. Álvarez (eds.). *The making of social movements in Latin America.* Westview Press. Boulder, San Francisco, Oxford.

ESCOBAR, A., ÁLVAREZ, S., y DAGNINO, E. 2001. "Introducción: lo cultural y lo político en los movimientos sociales latinoamericanos". En A. Escobar, S. Álvarez y E. Dagnino (eds.). *Política cultural y cultura política. Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos.* Taurus. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá.

*Evaluación del plan estratégico nacional ante el VIH/sida años 2000-2003 (Informe preliminar).* 2003. Bogotá.

FARMER, P. 1992. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame.* University of California Press. Berkeley.

———. 1999. *Infections and inequalities: The modern plagues.* University of California Press. Berkeley.

FARMER, P., y CASTRO, A. 2004 "Pearls of the Antilles? Public health in Haiti and Cuba". En A. Castro y M. Singer (eds.). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination.* Altamira Press. Walnut Creek. (reproducido en esta revista, pp. 319-352).

FARMER, P., CONNORS, M. y SIMMONS, J. (EDS.). 1996. *Women, poverty, and AIDS: Sex, drugs and structural violence.* Common Courage Press. Monroe (Maine).

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. 2003. *20 años de actividad de la FIDH en Colombia.* World Wide Web: <http://www.fidh.org/IMG/pdf/20anos.pdf>

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. 2002. "El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después". En Saúl Franco (ed.). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública.* Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

HUMAN RIGHTS WATCH. 2003. *Informe anual 2003 Sucesos del 2002. Colombia.* Human Rights Watch. World Wide Web: [http://www.hrw.org/spanish/inf\\_anual/2003/colombia.html#colombia](http://www.hrw.org/spanish/inf_anual/2003/colombia.html#colombia)



- HUSAIN, S. 2003. *Community policing in Brazilian favelas: Effective implementation of human rights standards?* World Wide Web: <http://www.agogo.nl/txtbrazil/Community/Community.htm>, 15 de septiembre de 2004.
- IRIART, C., MERHY, E. E. Y WAITZKIN, H. 2001. "Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform". *Social Science and Medicine*. 52.
- JARAMILLO, I. 1999. *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, cinco años después* (cuarta edición). Fescol, FES, FRB, Fundación Corona. Bogotá.
- KIM, J. Y., MILLEN, J. V., IRWIN, A. Y GERSHMAN, J. (EDS.). 2000. *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*. Common Courage Press. Monroe (Maine).
- LAURELL, A. C. Y LÓPEZ ARELLANO, O. 1996. "Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health". *International Journal of Health Services*. 26 (1).
- LEECH, G. 2002. *Killing peace: Colombian conflict and the failure of U.S. intervention*. Information Network of the Americas (INOTA). Nueva York.
- LONDOÑO DE LA CUESTA, J. L. 2002. "¿Qué sigue después de la ley 100?". En Saúl Franco Agudelo (ed.). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- LÓPEZ MONTAÑO, C. 2003. "Más pobres y desiguales". *Semana*. Bogotá.
- MANN, J., TARANTOLA, D. J. M. Y NETTER, T. W. (EDS.). 1992. *Aids in the world*. Harvard University Press. Cambridge.
- MINISTRY OF HEALTH OF BRAZIL. 2001. *National AIDS drug policy*. Ministry of Health. Brasilia.
- . 2002. *Response: The experience of the Brazilian AIDS programme*. Ministry of Health. Brasilia.
- NACLA. 2003. *Crisis and change: Colombia and Brazil*. XXXVI (5). North American Congress on Latin America. Nueva York.
- NAVARRO, V. 2004. "The world situation and the WHO". *The Lancet*. 363.
- OPS. 2001. "Profile of the health services system of Brazil". Manuscrito no publicado.
- . 2002a. *La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá.
- . 2002b. *Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia*. OPS.

- PARKER, R., GALVÃO, J. Y BESSA, M. S. (EDS.). 1999. *Saúde desenvolvimento e política. Respostas frente a AIDS no Brasil*. Editora 34, ABIA. Rio de Janeiro.
- PÉGO, R. A. Y ALMEIDA, C. 2002. "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México". *Cadernos de Saúde Publica*. 18 (4).
- PIOT, P. Y COLL SECK, A. M. 2001. "International response to the HIV/AIDS epidemic: Planning for success". *Bulletin of the World Health Organization*. 79.
- REARDON, C. 2002. "AIDS: How Brazil turned the tide. Can others emulate its success?". *Ford Foundation Report*. 33 (3).
- RYLHO-BAUER, B. Y FARMER, P. 2002. "Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine". *Medical Anthropology Quarterly*. 16 (4).
- SCHEPER-HUGHES, N. 1993. "AIDS, public health, and human rights in Cuba". *The Lancet*. 342.
- SINGER, M. Y BAER, H. 1995. *Critical medical anthropology*. Baywood Publishing Company, Inc. Amityville.
- STOCKER, K., WAITZKIN, H. E IRIART, C. 1999. "The exportation of managed care to Latin America". *New England Journal of Medicine*. 340 (14).
- TAVARES, L. R. S. 1999. *Ajuste neoliberal e desajuste social na America Latina*. UFRJ. Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, P. R., PAIVA, V. Y SHIMMA, E. 2000. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. Nepaids, Programa Estadual DST/AIDS-SP, CRT DST/AIDS-SP. São Paulo.
- THE WORLD BANK. 1993. *World development report 1993. Investing in health*. Oxford University Press. Nueva York.
- TORRES, M. 2003. "Avanza la privatización de la salud". *Le Monde diplomatique*.
- UNAIDS. 2002. *Report on the global HIV/AIDS*. Unaid. Ginebra.
- UNAIDS y WHO. 2002. *AIDS epidemic update, December 2002*. Ginebra.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2004. *Human development report 2004*. United Nations Development Programme. Nueva York.
- VELÁZQUEZ, G. 2003. "Medicamentos: ¿derecho o mercancía?". *Le Monde Diplomatique*. Julio.
- WAITZKIN, H., IRIART, C., ESTRADA, A. Y LAMADRID, S. 2001a. "Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups". *The Lancet*. 358.

WAITZKIN, H., IRIART, C., ESTRADA, A. y LAMADRID, S. 2001b. "Social medicine then and now: Lessons from Latin America". *American Journal of Public Health*. 91 (10).

WEISS, L. 1997. *Private medicine and public health: Profits, politics, and prejudice in the american health care enterprise*. Westview Press. Cumnor Hill.